

Fragebogen zu Ihrer Kontrolluntersuchung (DMP-KHK)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin/Lieber Patient,

da Sie an einer chronischen Herzerkrankung leiden, möchten wir heute eine Kontrolluntersuchung bei Ihnen durchführen. Um Ihren aktuellen Gesundheitszustand einschätzen zu können, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen.

1. Mussten Sie innerhalb der letzten 12 Monate stationär im Krankenhaus behandelt werden?

Ja → wie oft und weshalb? _____ Nein

2. Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder plötzliche auftretende starke Herzschmerzen bzw. Brustenge (instabile Angina pectoris)?

Ja → welche Erkrankung und wann? _____ Nein

3. Mussten Sie sich innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund Ihrer chronischen Herzerkrankung einem Eingriff unterziehen (Bypass, Herzkatheter, Stentimplantation)?

Ja → welcher Untersuchung und wann? _____ Nein

4. Haben Sie sich in letzter Zeit oft niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt, oder hatten deutlich weniger Interesse und Lust an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Ja Nein

5. Bitte geben Sie hier die Ausprägung Ihrer Beschwerden an. Kreuzen Sie dafür bitte das zutreffende weiße Feld links neben dem dazugehörenden Beschwerden an (bitte nur ein Feld ankreuzen).

Beschwerden	
<input type="checkbox"/>	keine Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität (CCS I)
<input type="checkbox"/>	leichte Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität (CCS II)
<input type="checkbox"/>	deutliche Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität (CCS III)
<input type="checkbox"/>	Angina pectoris bei jeder körperlichen Belastung oder bereits in Ruhe (CCS IV)

6. Was möchten Sie heute mit Ihrem Arzt auf jeden Fall besprechen?

Bitte geben Sie das vollständig ausgefüllte Formular an unserer Anmeldung ab. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.